

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDS KYSTES HÉMATIQUES SIMPLES
DU REIN

THÈSE

PRÉSENTER

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Mars 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse CONVERT

Né le 25 Mars 1887, à Maillat (Ain),

Interne de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon,

Aide-major aux armées, décoré de la Croix de guerre.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDS KYSTES HÉMATIQUES SIMPLES
DU REIN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale.	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	X...
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	X...
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	X...
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, *Président*; THÉVENOT Léon, *Assesseur*;
MM. TAVERNIER, et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 45

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDS KYSTES HÉMATIQUES SIMPLES
DU REIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Mars 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse CONVERT

Né le 25 Mars 1887, à Maillat (Ain),

Interne de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon,

Aide-major aux armées, décoré de la Croix de guerre.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1919

A MES PARENTS

A MES MAITRES

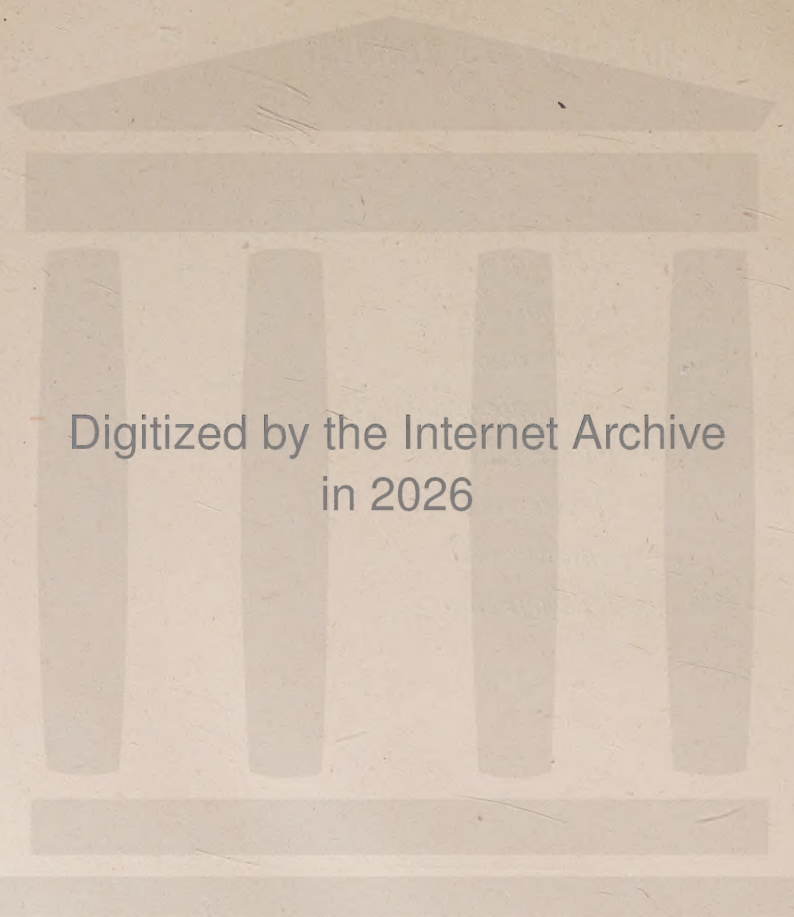
A MES AMIS

Notre thèse a été retardée par quatre ans et demi de guerre.

Qu'elle soit pour nos parents un témoignage de profonde reconnaissance, ainsi que pour nos Maîtres, en particulier M. le professeur ROCHET qui nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence, M. le D^r GOULLIoud et M. le D^r RAFIN de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon.

DIVISION DU TRAVAIL

- I. — *Historique.*
 - II. — *Pathogénie.*
 - III. — *Observations.*
 - IV. — *Anatomie pathologique.*
 - V. — *Etude clinique.*
 - VI. — *Traitement.*
 - VII. — *Conclusions.*
 - VIII. — *Bibliographie.*
-



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDS KYSTES HÉMATIQUES SIMPLES
DU REIN

I

HISTORIQUE

Piorry, Rayet parlent d'une façon assez confuse des collections sanguines trouvées dans le rein; leurs observations, ainsi que celles de Lancereaux et de Labadie-Lagrave, prêtent à de nombreuses interprétations.

Lejars, Le Dentu, Terrier et la plupart des auteurs des traités classiques signalent les grands kystes hématiques à la suite de l'étude détaillée des kystes séreux.

Küster et Boeckel paraissent les méconnaître; le premier, en effet, leur attribue à tous une origine cancéreuse et le second écrit que les kystes sanguins « ne dépassent jamais le volume d'une noisette. »

Etcheverry, dans sa thèse, en signale plus de vingt cas. Mais Souligaux et Gouget font plus tard une critique rigoureuse des observations publiées et en

retiennent seulement huit; ils font en outre ressortir les particularités anatomiques et cliniques des kystes hématiques ainsi que leurs indications opératoires.

Brin, Maurice Letulle et Verliac, dans leur rapport à la XV^e Session de l'Association française d'Urologie leur consacrent un chapitre spécial et apportent des observations nouvelles.

Dans le Service d'Urologie du D^r Rafin de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, M. Giuliani, chirurgien-adjoint, a eu l'occasion d'intervenir pour un kyste hématique du rein; l'observation a paru dans le *Journal d'Urologie* du 15 mai 1913.

II

PATHOGÉNIE

Nous basant sur les études critiques de Souligoux et Gouget, puis de Brin, nous devons différencier les grands kystes hématiques simples du rein, de nombreuses formations à contenu sanguin qui ont été confondues avec eux.

Dans les adénomes, et surtout dans les cancers du rein, il peut se former des cavités de dimensions variables, mais qui, parfois, représentent presque tout le volume de la tumeur réduite alors à une simple coque périphérique; dans le cas de Morris, il s'agit évidemment d'une tumeur maligne, puisqu'on retrouve des noyaux de propagation dans le rein opposé, dans le foie et dans le poumon.

Les poches d'hématonéphrose peuvent prêter à confusion, surtout si elles se sont isolées et que leurs communications avec les voies d'excrétion ne sont plus très apparentes. C'est ainsi que les cas de Danyau, Behier, Duplay, Guyon, Nicaise et Day auraient été faussement interprétés.

Dans l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein, on rencontre des collections sanguines en rapport immé-

diat avec cet organe; seul un examen minutieux permettra de reconnaître qu'elles sont situées en dehors de sa capsule fibreuse.

On doit considérer comme un kyste traumatique périrénal une tumeur décrite par Le Dentu, contenant trois litres de liquide chocolat, car on retrouve, dans les antécédents du malade, une contusion par roue de voiture.

En outre, des hématomes périnéphrétiques spontanés ont été décrits par Wunderlich (*Path. Ther.*, 1856 B°), puis étudiés par Coenen (*Zeitschrift für klinische Chirurgie*, 1910), par Lippen (*Journal de Chirurgie*, juillet 1913) et Lenormand (*Presse médicale*, 1911). Ils se forment avec des caractères bruyants qui rappellent ceux de la rupture d'une grossesse extra-utérine; à cette époque la distinction avec les kystes est aisée; mais ils laissent parfois à leur suite des séquelles sous forme de pseudo-kystes séro-sanguins malaisés à distinguer des kystes du rein et dont l'observation de Malherbe publiée dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, en 1880 est un bel exemple.

Dans une observation d'Adler, le kyste, du volume d'une tête d'enfant, est soudée à l'uretère par sa face antérieure; il est classé par Brin dans la catégorie des kystes dits « parapyéliques ».

Des débris du corps de Wolff auraient été l'origine réelle d'un énorme kyste à contenu noirâtre décrit par Perrier.

La glande surrénale doit être mise en cause dans le cas de Routier, car on a retrouvé dans les parois de la tumeur des éléments de cette glande.

On voit donc que, soit dans le rein, soit tout à côté de lui, on rencontre des formations kystiques ou d'apparence telle, qui reconnaissent des origines variées. Nous sommes ainsi amenés à préciser les caractères des kystes qui font l'objet de cette étude.

De grandes dimensions, ils donnent lieu à des symptômes de tumeur et nécessitent des interventions chirurgicales; ils sont spontanés et ne peuvent être attribués à un traumatisme antérieur; ils sont dits « simples », parce qu'ils constituent par eux-mêmes la seule lésion de l'organe; ils se développent dans le rein lui-même, aux dépens de son parenchyme, en dedans de sa capsule fibreuse; enfin, ils sont clos de toute part et n'ont jamais communiqué avec les voies d'excrétion.

Ils sont rares, mais ils existent dans le rein au même titre que dans d'autres organes glandulaires, tels que la rate, la glande surrénale ou les ovaires.

Quelles sont leurs relations avec d'autres kystes, que l'on trouve plus souvent dans le rein, les grands kystes séreux?

Certaines pièces sont très démonstratives à cet égard; ce sont celles dont les parois sont peu épaisses et dont le contenu, presque séreux, est simplement teinté par le sang. Il semble qu'elles puissent être considérées comme des formes de transition; dans cette hypothèse, les kystes hématiques dériveraient des kystes séreux; des hémorragies surviendraient, qui modifieraient la nature du liquide, épaissiraient les parois et imprimeraient à la tumeur une évolution clinique spéciale. On comprendrait ainsi que les

kystes hématiques soient moins fréquents que les kystes séreux.

Les hémorragies sont multiples, se reproduisent à différentes époques, et en des points variés de la paroi, si l'on en juge par le grand nombre de foyers intrapariétaux d'aspects différents.

Quelle en est la cause ? Le traumatisme peut jouer un rôle, mais le plus souvent, elles sont spontanées. Pour Léopold, elles résulteraient de ce fait mécanique que, au cours de l'évolution de la tumeur, les vaisseaux « englobés dans la capsule toujours plus distendue » sont étirés au point de se rompre. D'après Terrier, il faudrait mettre en cause l'altération des vaisseaux par artériosclérose. Fontan, se basant sur l'existence de nombreuses adhérences, émet l'hypothèse d'un travail inflammatoire avec néoformation de vaisseaux fragiles ; mais il faut avouer avec lui que la véritable cause nous échappe et comparer ces hémorragies à celles qui se produisent au niveau de la vaginale dans certains cas d'hydrocèles transformées ainsi en hématocèles.

III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Maisonneuve).

Kyste du rein droit pris pour un kyste hydatique du foie.

Homme de cinquante-sept ans. Douleurs intermittentes dans l'hypocondre droit et augmentation du volume du ventre depuis huit mois. Quinze jours avant l'entrée, diarrhée, anorexie, soif, amaigrissement.

Côté droit arrondi, bombé par une tumeur fluctuante dont la matité se confond en haut avec celle du foie et s'étend en bas jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la crête iliaque.

Diagnostic. — Kyste hydatique du foie.

Ponction : environ 3 litres de liquide brun foncé, fétide, à paillettes de cholestérine. L'analyse y montre du sang altéré, sans aucun débris d'entérozoaire.

Injection de teinture d'iode étendue de moitié d'eau ; la canule est laissée en place. Les jours suivants, injections phéniquées à 1 pour 100. Liquide de plus en plus fétide. Frissons, pouls petit, fréquent, prostration. Mort treize jours après la ponction.

Autopsie. — Adhérences celluleuses faibles avec le bord

antérieur et la face inférieure du foie, les intestins, le grand épiploon. La poche fait corps avec le rein et proémine surtout vers le bord convexe. La couche la plus externe de la paroi kystique se continue avec la capsule du rein. Le kyste s'est donc développé dans cette glande. Il contient un liquide brunâtre excessivement infect et des débris de fausses membranes altérées, adhérant faiblement à la paroi. Celle-ci a de 5 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur ; elle est formée de feuilletts fibreux stratifiés.

OBSERVATION II

(Léopold).

Kyste hématique du rein gauche du volume d'une tête d'adulte.

Femme de trente-trois ans, de teint frais et de constitution assez forte ; il y a six ans elle remarqua dans le côté gauche de l'hypogastre une tuméfaction indolore, qui ne devint incommodé dans la position assise qu'après avoir subi un accroissement de volume extraordinaire dans les deux dernières années. En septembre 1881, elle avait atteint le volume d'un utérus gravide de huit mois et gênait tellement la malade que son médecin me l'adressa pour être opérée.

Etat de la malade le 29 septembre 1881 : juste au milieu de l'abdomen, reposant sur le petit bassin, se trouve une tumeur régulière, ferme, d'une tension élastique, de surface lisse, s'étendant jusqu'à deux travers de doigt du bord costal.

Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic : 90 centimètres et demi ; au-dessous : 97. Distance de la pointe de l'appendice xyphoïde à l'ombilic : 21 centimètres ; de l'ombilic au pubis : 23 centimètres et demi ; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : 21 centimètres ; à la gauche : 20 centimètres.

La tumeur est partout mate, tandis qu'autour d'elle, surtout dans les régions lombaires, comme vers le foie et la rate, on trouve à l'état de pureté le son clair de l'intestin. Nulle part on ne sent au palper d'anse intestinale croisant transversalement ou obliquement la tumeur ; nulle part également il n'y a d'adhérences avec la paroi abdominale, qui se laisse aisément plisser. La tumeur n'est que peu mobile latéralement, et lorsqu'on essaie de la refouler de bas en haut, à partir du bassin, c'est à peine si, même en faisant élever le siège de la malade, on parvient à insinuer les mains entre elle et les branches horizontales du pubis ; il semble donc que la tumeur reposant solidement sur le bassin, se trouve en relation étroite avec lui. L'examen interne vient renforcer cette manière de voir. On trouve au toucher un utérus modérément hypertrophié, en rétroversion, et solidement enclavé dans le petit bassin par le segment inférieur de la tumeur qu'on sent fluctuante par le vagin. Le fond de l'utérus est situé plus à droite et le ligament large gauche est plus repoussé en avant que le droit.

Fonctions digestives et urinaires parfaitement normales. L'urine est sécrétée facilement et en quantité suffisante ; elle est claire, de densité normale, sans sucre ni albumine.

Le malade n'a jamais éprouvé aucun trouble urinaire, jamais ressenti aucune douleur, ni subi aucun traumatisme dans les régions rénales.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire gauche.

Opération le 23 octobre. — Après ouverture de la cavité abdominale sur la ligne blanche, apparaît une tumeur fluctuante du volume d'une tête d'adulte au moins, au-dessus de laquelle l'épiploon est tendu d'une façon lâche jusqu'au pubis. Il est en partie dissocié, en partie lié et refoulé latéralement. Alors se montre sur toute la tumeur une fine membrane modérément vascularisée, facilement refoulable, faisant office de capsule. Ce ne peut être que le péritoine, ce qui indique une tumeur extra-péritonéale.

La tumeur est attirée devant la plaie abdominale et ponctionnée; près de 4 litres d'un liquide épais, rouge sang. Elle se rétracte alors et l'on constate qu'elle n'a aucune attache avec les organes pelviens. Suture de l'orifice de ponction.

La tumeur se continuant en haut et à gauche, la plaie est élargie et la poche attirée en bas avec précaution; je réussis ainsi à amener sous les yeux le point de départ, qui se trouve au niveau de la partie inférieure du rein gauche. Je vois alors qu'une grosse anse du côlon est soudée de telle façon au bord gauche et inférieur de la tumeur que son revêtement péritonéal recouvre celle-ci sur une large surface. Après l'avoir détachée, je place cinq doubles ligatures sur de gros vaisseaux; je puis alors poursuivre la tumeur jusqu'au pôle inférieur du rein. En refoulant l'angle supérieur de la plaie aussi loin que possible à gauche et en haut et en attirant lentement en bas la tumeur et le rein, j'arrive progressivement, grâce à une certaine mobilité de celle-ci à l'amener en totalité dans l'ouverture de la plaie. La partie inférieure du rein se continue à la manière d'un calice avec la tumeur, de sorte que de larges portions de parenchyme rénal la limitent. Il ne saurait donc être question de la séparer du rein en laissant celui-ci; il faut enlever le rein avec la tumeur.

Néphrectomie. — Suites opératoires normales. Guérison.

La tumeur enlevée atteint le volume d'une tête d'adulte.

Le rein a son volume et sa forme normaux; son hile n'a aucune relation avec la tumeur. Si l'on insuffle le sac kystique, le pôle inférieur du rein se continue largement en manière de calice, avec les parois de la tumeur, bien qu'à l'œil nu on puisse déjà observer une limite nette entre les deux.

Après section longitudinale du rein et ablation de la capsule commune à lui et à la tumeur, le tissu rénal se montre absolument normal, à l'œil nu comme au microscope. Mais, à son pôle inférieur, il cesse au niveau d'une

limite bien tranchée et fait place à une capsule conjonctive de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, représentant la paroi propre de la tumeur. Cette paroi formée de tractus irréguliers de tissu conjonctif dense est d'autant plus infiltrée de cristaux d'hématoïdine que l'on se rapproche davantage de la face interne. Celle-ci est tapissée au niveau du pôle inférieur du rein, de caillots, les uns récents, les autres organisés, tandis que le reste de la périphérie est parsemé de croûtes sanguines noires, dures, du volume d'un pois à un haricot.

Le liquide évacué était très riche en albumine, le dépôt consistait presque exclusivement en globules rouges, frais ou rétractés, à côté de nombreuses masses de détritits et de restes cellulaires indistincts.

Pour expliquer la pathogénie de ce kyste sanguin, le microscope chercha en différents points des transitions entre le tissu rénal et la capsule de la tumeur ; mais nulle part on ne trouva de vaisseaux sanguins d'un certain volume ni de dilatations anévrismales communiquant avec la tumeur ; partout le tissu conjonctif de la capsule fortement tendu, s'appliquait directement sur le tissu rénal normal. La source du sang paraît située au niveau du pôle inférieur du rein, parce que plus on approchait du tissu rénal normal, plus on trouvait de sang frais et de caillots. En tout cas, l'hémorragie dans la tumeur était une hémorragie persistante, résultant soit de ce que des vaisseaux rénaux d'un certain volume se trouvaient englobés dans la capsule toujours plus tendue aux dépens du tissu rénal, soit de ce que avec les progrès de la tumeur les vaisseaux rénaux voisins étaient étirés et de telle façon que de nombreuses communications pouvaient s'établir entre la tumeur et le tissu rénal sain.

La pathogénie reste donc hypothétique.

OBSERVATION III

(Lejars et Sébilleau).

Grand kyste hématique du rein gauche. — Hémorragie de la capsule surrénale gauche. — Mort subite à la suite d'une ponction exploratrice.

Femme de quarante ans, d'embompoint ordinaire, mais très pâle. Depuis dix-huit mois, douleurs vives dans l'abdomen, presque toujours à gauche, avec irradiations vers la cuisse. Ces douleurs l'ont forcée à s'aliter.

Dans le flanc gauche, tumeur formant un relief arrondi, à contour assez net, se prolongeant en dedans, jusque près de la ligne blanche, se perdant en arrière sous la masse des muscles spinaux. Fluctuation très obscure. Vive sensibilité.

Urines : 1.400 grammes, de composition normale.

Cinq jours après l'entrée à l'hôpital, brusquement, dyspnée intense, s'exagérant par crises jusqu'à l'orthopnée. Pouls petit. Température un peu abaissée. A l'auscultation, on ne trouve que du silence respiratoire. Bruit de galop. M. Brissaud pense à de l'urémie.

Le diagnostic hésite entre un kyste du rein et une tumeur splénique.

Ponction exploratrice par le professeur Verneuil, avec une aiguille n° 2. Il éprouve la sensation d'un tissu dense et compact traversé par l'aiguille, pour tomber dans une cavité. Il ne vient qu'un peu de sang rouge où nagent quelques petits caillots blanchâtres, d'aspect fibrineux. On croit à une tumeur hématique de la rate.

Le soir, dyspnée, hypothermie, tendance à la syncope. Le lendemain matin, mort.

Autopsie. — Côlon ascendant adhérent sur toute sa longueur à la tumeur qui est accolée en haut à la rate. On décortique la masse du péritoine qui la coiffe. Gros kyste face antérieure du rein gauche, du volume de deux poings,

entièrement rempli de caillots noirâtres, fibrineux par places et du sang. Paroi superficielle mince et réticulée; paroi profonde formée par le parenchyme refoulé; on voit serpenter sur elle de grosses veines thrombosées. Surface interne irrégulière et tomenteuse. Cavité incomplètement divisée par des travées épaisses se dissociant en brides minces entre-croisées (l'aspect rappelle celui des colonnes charnues du cœur).

Le reste du parenchyme n'offre rien d'anormal à l'œil nu.

Capsule surrénale volumineuse, très dure, infiltrée de sang. Près de sa base, cavité du volume d'une noix, remplie de caillots.

Rein droit normal.

A l'examen histologique, la paroi du kyste se montre formée de lames fibrineuses stratifiées. Au milieu d'elles, quelques artérioles et fragments de tubes, à demi comblés par un épithélium granuleux. Le tissu rénal adjacent au kyste est le tissu cortical, qui paraît en grande partie sain.

OBSERVATION IV

(Bellamy).

Enorme kyste rénal. — Néphrectomie. — Mort. — Autopsie.

Femme de quarante-quatre ans, admise à l'hôpital le 11 avril. Depuis trois ans, elle s'est aperçue d'une tuméfaction abdominale qui a fait des progrès graduels, sans donner lieu à d'autres troubles que quelques tiraillements douloureux. On constate dans la région ombilicale, une tumeur qui s'étend en bas jusqu'au pubis. Matité à la percussion, fluctuation indistincte. Urines absolument normales. Le Dr Watt Black appelé en consultation pense que la tumeur est en connexion avec l'utérus et croit à un kyste ovarique ou à un fibrome utérin pédiculé.

Le 12 avril, laparotomie médiane. On découvre une paroi kystique blanc rougeâtre, luisante, et la ponction avec un trocart donne issue à une grande quantité de liquide hématique.

La tumeur adhère à l'intestin grêle en différents endroits; en arrière et en haut elle est reliée au diaphragme par des adhérences nombreuses et résistantes; après avoir dû prolonger l'incision abdominale jusqu'à l'ombilic, on arrive, en suivant et en libérant les adhérences, sur une masse dure qui est attirée en avant et reconnue pour être la partie supérieure du rein gauche.

La néphrectomie est aussitôt décidée et pratiquée. On peut ainsi enlever entièrement la tumeur avec le rein, et l'on constate que la partie inférieure de celui-ci se trouve dilatée en un grand kyste à paroi résistante, contenant du sang altéré et des caillots décolorés. Le kyste s'est développé en avant et à droite, occupant ainsi à peu près la région médiane de l'abdomen.

La malade déclina graduellement et succomba dans le collapsus au bout de quarante-huit heures. A l'autopsie on constata un léger début de péritonite. Tous les autres organes étaient sains.

OBSERVATION V

(Récamier).

Kyste du rein. — Extirpation de la portion libre de la poche. — Guérison.

Femme de cinquante-neuf ans, entrée le 30 août 1891, pour de violentes douleurs lombaires droites, s'irradiant même dans la cuisse et l'épaule, et exaspérées par la pression et la marche. La malade est une nerveuse qui a eu plusieurs attaques hystériques au moment de la ménopause (quarante-neuf ans).

Pas d'amaigrissement; bon état général. Aucune tumé-

faction extérieure n'est visible dans la région douloureuse. Aucun traumatisme antérieur.

Au palper bimanuel, rein droit très augmenté de volume et très douloureux, semblant de consistance normale. Pas de fluctuation.

Le 5 septembre, incision lombaire. Face postérieure du rein lisse, violacée, fluctuante. Le rein étant à peu près dégagé de sa loge, on constate que sa face postérieure est recouverte dans sa moitié supérieure par une tumeur liquide qui se prolonge en haut autour de l'extrémité supérieure de l'organe.

Incisée, elle laisse s'écouler environ 200 grammes d'un liquide séreux, coloré par du sang. Les parois du kyste sont peu épaisses, sa surface interne lisse; le rein paraît sain.

Réssection la plus étendue possible des parois kystiques; cautérisation du reste au chlorure de zinc à 1 pour 10; drainage.

Réunion complète au bout de trois semaines. Un an après la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VI

(Picqué).

Kyste hématique du rein. — Néphrectomie d'urgence.

Femme de trente-cinq ans. De douze à vingt-cinq ans, crises douloureuses dans la région lombaire droite, ressemblant à des coliques néphrétiques. En avril 1890, nouvelle crise douloureuse durant deux jours; pour la première fois, évacuation d'une urine purulente. On diagnostique une pyonéphrose et l'on institue un traitement médical qu'elle suit pendant plusieurs années. Plusieurs chirurgiens des hôpitaux confirment le diagnostic de pyonéphrose dans un rein déplacé.

Amélioration depuis 1895 jusqu'à ces derniers temps. La malade affirme qu'il existait dans la fosse iliaque une tumeur indolente et mobile.

Il y a trois semaines, sans cause connue, apparition de douleurs vagues dans la région lombaire; avec malaise général. Le 30 mai, exagération des douleurs à la suite d'une promenade en voiture; fièvre élevée (40 degrés); augmentation du volume de la tumeur. Il existe dans la fosse iliaque une tumeur du volume de deux poings, douloureuse à la moindre pression et manifestation fluctuante. La température reste à 40 degrés. Léger ballonnement du ventre. Mauvais état général: grand abattement.

Diagnostic. — Pyonéphrose dans un rein déplacé.

Opération le 9 juin. — Sous chloroforme, je constate que la tumeur est très mobile. Incision verticale paralombaire d'environ 10 centimètres, mettant la poche à découvert, puis incision de la poche. Absence absolue de pus. La poche est remplie de caillots. J'agrandis alors l'incision; en détachant quelques caillots pour m'orienter dans la cavité, il se produit une hémorragie considérable, dont je ne deviens maître qu'en pratiquant la néphrectomie. La malade est en bonne voie de guérison.

Le rein est sain et nullement déplacé. La tumeur iliaque est fixée sur la moitié inférieure du bord externe du rein. Elle est mobile sur lui et ses grandes dimensions expliquent aisément son siège dans la fosse iliaque. M. Brault a constaté que la poche ne communiquait pas avec le rein, dont elle est séparée par une paroi assez épaisse.

Note de Brault. — Il s'agit d'un kyste hémorragique ayant probablement pris naissance dans le rein, mais étant toujours resté extérieur au rein. Ce qui veut dire qu'un kyste pararéнал ne se comporte pas autrement. Voilà pour l'origine; quant à la nature du produit elle est délicate à établir. La paroi est très mince; il n'existe pas de tissu sarcomateux entre le kyste et le rein; cellules vaso-formatrices peu nombreuses, ébauches de capillaire et de vaisseaux. Il ne s'agit, en conséquence, ni d'un fibrome, ni d'un sarcome, ni d'un angiome, et l'on ne peut admettre qu'une sorte de kystome hémorragique.

OBSERVATION VII

(Von Brackel).

Kyste solitaire du rein.

Jeune homme de dix-huit ans. Il y a quatre ans, il a remarqué sous l'angle costal gauche la présence d'une tumeur du volume d'un œuf d'oie. Pendant trois ans, elle resta stationnaire, sans douleurs; depuis quelques mois, elle a subi un assez rapide accroissement, avec des douleurs de temps à autre. Constipation. Dans les derniers temps, vomissements assez fréquents, survenant généralement peu après le repas, inopinément sans nausées.

Sujet robuste, à musculature et pannicule adipeux très développés. Teint florissant. Urines claires sans albumine ni sucre.

Dans la partie gauche de l'abdomen, tumeur du volume d'une tête d'adulte environ, s'étendant depuis l'arc costal presque jusqu'à l'arcade crurale, dépassant à droite la ligne médiane, pénétrant à gauche dans la région lombaire. Cette tumeur est arrondie, lisse, très peu mobile; elle ne semble pas adhérer à la paroi abdominale, qui se laisse plisser et refouler au-dessus d'elle, mais elle paraît être dans la profondeur, solidement fixée à son point d'insertion. Elle est mate, rénitente et fluctuante. L'insufflation du gros intestin par le rectum ne la fait pas complètement disparaître, mais réduit seulement la matité d'un travers de main vers la ligne médiane. L'estomac est repoussé à droite et en haut.

On diagnostique un kyste du rein ou du pancréas.

Opération le 31 août. — L'examen sous le chloroforme ne montre qu'un peu plus de mobilité (la tumeur se laisse un peu refouler en haut et à gauche); pas de ballottement vers la région rénale.

Laparotomie médiane exploratrice, montrant une tumeur rétropéritonéale, un grand kyste solitaire reposant par une

large base sur le pôle inférieur du rein gauche. Rein droit normal, à sa place.

Fermeture de la plaie; puis opération extra-péritonéale. Incision rénale gauche en arc; mise à nu du rein et du kyste. Le rein est complètement sain jusqu'au kyste, qui siège sur son pôle inférieur. Ce kyste se laisse aisément détacher du tissu ambiant; une fois isolé de tous les côtés, il est attiré aussi près que possible devant la plaie. La ponction avec le trocart évacue à peu près 2 litres et demi d'un liquide brunâtre, hémorragique, mais cependant clair. L'orifice de ponction est alors suturé, puis le sac kystique est libéré de tous côtés du tissu ambiant; le rein est également libéré et attiré un peu en avant. Pendant que l'on fait la compression digitale des vaisseaux rénaux, le kyste est excisé dans le tissu rénal sain par une section cunéiforme. Il est complètement clos, sans communication avec les calices; de même la section d'excision n'arrive pas jusqu'au hile. Aucune hémorragie. Fermeture de la plaie rénale et fixation du rein au carré des lombes. Drainage.

Suites normales : sortie du malade le vingt-septième jour.

Le kyste est entouré, à son point d'insertion, de tissu normal. Ses surfaces interne et externe sont lisses.

Au microscope, le parenchyme rénal se montre absolument normal au voisinage immédiat du kyste. Celui-ci part directement du tissu rénal sain et se sépare de lui par une paroi conjonctive bien nette, même à l'œil nu. A ce niveau se trouvent disséminés dans cette paroi des restes de tissu rénal normal, des tubes, les uns oblitérés, les autres encore perméables, mais à lumière très rétrécie, et en quelques rares places, des glomérules d'aspect homogène, laissant mal reconnaître leur structure spéciale. Il semble que le tissu rénal normal ait été étouffé et détruit par la prolifération conjonctive de la paroi kystique. La paroi interne du kyste est formée de fibres longitudinales et pauvres en noyaux. On n'y trouve pas d'épithélium.

OBSERVATION VIII

(Souligoux et Gouget).

M... Marie, seize ans, entre le 4 août 1904 à Lariboisière, dans le service du Dr Legendre, remplacé par l'un de nous. Elle vient à l'hôpital pour une voussure du côté droit, accompagnée d'un affaiblissement général progressif. Il y a cinq mois environ qu'elle a remarqué une augmentation de volume de son côté droit, augmentation graduelle sans brusques poussées et sans phénomènes nettement douloureux, à part quelques picotements agaçants et quelques irradiations vers l'épaule droite. Appétit irrégulier; tendance à la constipation; dyspnée d'effort, fatigue rapide. A cela se bornent les troubles fonctionnels.

Le facies est très pâle, d'un ton blafard; les traits sont un peu tirés; mais l'embonpoint est resté normal.

Du côté droit, en avant, les parties inférieure du thorax et supérieure de l'abdomen sont le siège d'une voussure très marquée, attirant un peu à droite la pointe du sternum. Cette voussure intéresse les cinq dernières côtes avec les espaces intercostaux correspondants et la partie voisine de l'hypocondre jusqu'à la ligne médiane en dedans et en bas jusqu'à quatre bons travers de doigt au-dessus du rebord costal. La tuméfaction est irrégulièrement arrondie, globuleuse. En arrière, elle occupe à la fois la région inférieure du thorax légèrement distendue et la région lombaire qui se montre élargie et dont la dépression normale se trouve complètement effacée.

Indolente au palper, la tumeur est lisse et très nettement fluctuante. On ne sent au-devant d'elle rien qui ressemble à une anse intestinale aplatie. Légère mobilité respiratoire. Pas de frémissement hydatique. Toute la zone occupée par la tumeur est uniformément mate, en avant comme en arrière.

Le poumon droit respire assez mal, surtout à la base où

le murmure vésiculaire est affaibli. Pas de frottements pleuraux. A gauche respiration normale.

A son entrée, la malade a un peu de fièvre (38 degrés), mais la température tombe aussitôt pour se maintenir entre 37 et 37°6. Pouls faible. Jamais la malade n'a constaté rien de particulier du côté de ses urines, notamment ni graviers ni sang. Diurèse normale. Ni albumine ni sucre.

Pas d'éosinophilie. Le nombre de globules rouges et leur richesse en hémoglobine n'ont malheureusement pas été déterminés.

Jamais aucune maladie antérieure. Jamais d'urticaire. Jamais aucun traumatisme de l'hypocondre droit ni de la région lombaire.

Diagnostic. — Volumineux kyste hydatique du foie.

Le 11 août la malade est passée en chirurgie. Plusieurs chirurgiens l'examinent et confirment le diagnostic.

Opération le 12 août.

La malade étant endormie au chloroforme, on fait une incision parallèle à la tumeur en dehors du muscle grand droit. Le ventre étant ouvert, on constate que le foie repose sur la masse kystique, qui n'est pas lisse, unie, comme se présentent d'habitude les kystes hydatiques, mais, au contraire, recouverte d'un feuillet péritonéal très épaissi. Cette tumeur soulevant le foie remplit l'hypocondre droit, s'étendant sur la gauche jusqu'à la ligne médiane.

La ponction pratiquée avec un gros trocart amène un liquide noirâtre, contenant évidemment du sang. La poche est alors incisée; il s'écoule une assez grande quantité de ce liquide noirâtre; puis la main introduite dans la cavité en retire en abondance des caillots stratifiés, consistants, absolument analogues à ceux que renferme un anévrysme. S'agit-il d'un néoplasme ou d'un kyste hématique simple? Rien ne permet de le dire. Quant au point de départ de la tumeur, étant donné son volume, son adhérence aux organes voisins, il est impossible de le préciser. Cependant, tandis que la main continue à explorer la poche et à la

débarrasser de ses caillots, le liquide noirâtre fait place à un moment donné à du sang rutilant qui inonde la plaie et empêche toute exploration plus complète. Il est matériellement impossible de voir d'où vient l'hémorragie. Le temps presse, la malade est extrêmement pâle, le pouls très petit. Il n'y a pas à songer à enlever rapidement le kyste ; il tient solidement à tous les organes voisins, que l'on risquerait de déchirer. Les bords de l'incision sont fixés à la peau, et, la poche étant marsupialisée et bourrée de compresses fortement tassées, un pansement extrêmement serré est appliqué.

Le premier jour le pansement est fortement imprégné de sérosité rougeâtre ; mais malgré la compression l'écoulement continue et la malade succombe quarante-huit heures après l'opération.

Autopsie. — Comme il y avait opposition à l'autopsie on dut se borner à agrandir un peu la plaie abdominale pour enlever la tumeur. Il fallut une dissection soignée et très attentive pour la séparer des organes voisins, et c'est seulement alors qu'on reconnaît que sa poche faisait partie du rein droit.

Cette poche atteint presque le volume d'une tête d'adulte. Elle est développée aux dépens de la partie supéro-externe du rein droit. La moitié inférieure de ce rein est normale et reçoit à la manière d'un calice la poche qui la surmonte. On voit le tissu rénal se prolonger en s'amincissant graduellement sur la paroi du kyste, pour disparaître à peu près aux trois quarts de la hauteur normale du rein. Le bord interne est même conservé presque jusqu'à son sommet.

Sur une coupe longitudinale on voit le kyste commencer à mi-hauteur du rein. De là il s'étend en haut et plus en dehors qu'en dedans.

Il est partout séparé du tissu rénal, ainsi que du bassinet et des calices, par une paroi fibreuse. La démarcation est absolument nette ; il ne s'agit donc pas, certainement, d'une hématonéphrose.

A sa surface externe la poche offre en différents endroits d'assez nombreux débris d'adhérences. Elle est régulièrement arrondie, sans bosselures.

La surface interne, une fois débarrassée des nombreux caillots, les uns noirâtres et mous, les autres gris rosé et assez consistants qui la tapissent (et dont la masse ajoutée à celle des caillots enlevés pendant l'opération dépasse certainement le volume de deux poings), se montre irrégulière, tomenteuse, mais nulle part on ne trouve de traces de division du kyste en loges secondaires. Cette surface interne offre une teinte noirâtre dans toute la région supéro-interne; c'est sans doute à ce niveau qu'a pris naissance l'hémorragie ultime.

La paroi kystique est d'épaisseur variable suivant les points. Il est d'ailleurs difficile d'évaluer exactement cette épaisseur, augmentée par des couches stratifiées de fibrine qui adhèrent intimement à la paroi et font en quelque sorte corps avec elle. En moyenne elle est de 1 à 2 millimètres. Sur certains points on sent, au palper, des épaississements notables. La coupe les montre formés d'épanchements sanguins qui se sont produits dans l'épaisseur de la paroi. Tous paraissent récents, étant donné leur teinte rouge foncé.

Nulle part on ne trouve à l'œil nu la moindre trace de tissu néoplasique.

Pour l'examen histologique, nous avons fait de nombreuses coupes sur des fragments prélevés : 1° au niveau du pôle supérieur du kyste, c'est-à-dire de l'extrémité opposée au rein; 2° à mi-distance des deux pôles; 3° au niveau du pôle inférieur juxtarénal; 4° dans le parenchyme rénal lui-même.

Les coupes de la paroi kystique ont montré une structure absolument identique, quel que fût le point d'où elles provenaient. Partout, aussi bien au niveau du pôle supérieur que de l'inférieur, la paroi est constituée de la manière suivante :

En dedans une couche plus ou moins épaisse et plus ou moins régulière de fibrine.

Plus en dehors des lamelles fibreuses stratifiées. On trouve çà et là, dans l'épaisseur de cette couche, la plus importante, celle qui représente essentiellement la paroi du kyste, des veines assez volumineuses, et même, sur certaines coupes, des foyers hémorragiques dans l'interstice des noyaux fibreux. Ailleurs on y voit des granulations jaunes de pigments sanguins.

Enfin la dernière couche, la plus externe, est formée de vestiges de tissu rénal. On y reconnaît nettement, en effet, des tubes à épithélium cubique et des glomérules aplatis, plongés dans un tissu conjonctif dense, quoique moins avancé en évolution que celui de la couche précédente. L'aspect est celui d'un fragment de rein très sclérosé. On retrouve donc du tissu rénal sur toute l'étendue de la paroi kystique. Il est naturellement réduit à une extrême minceur dans les trois quarts supérieurs de la surface du kyste : c'est une simple lame conjonctive dans laquelle les restes de tubes et de glomérules se trouvent répartis sur une seule ligne. On voit dans ce tissu d'assez nombreux vaisseaux ; on trouve même sur une coupe une grosse veine gorgée de sang et une artère d'un certain calibre.

Nulle part on ne voit le moindre vestige de tissu néoplasique.

M. Brault, qui a bien voulu examiner nos coupes ainsi que la pièce a reconnu qu'il s'agissait, comme dans le cas de Picqué, d'un kyste hématique simple.

Quant au parenchyme rénal, au voisinage immédiat du kyste, il est un peu sclérosé : ses éléments sont tassés par refoulement et étirés parallèlement à la paroi kystique. Partout ailleurs il est absolument sain.

OBSERVATION IX

(Giuliani).

Kyste hématique du rein. — Néphrectomie.

M^{me} M..., cinquante-deux ans, vient se faire examiner à cause d'une hématurie. Quatre enfants vivants, deux enfants morts en bas âge, fait un travail pénible. Aucun antécédent.

A la fin de décembre 1912 la malade a ressenti, à la suite d'un effort, une douleur légère dans l'hypocondre droit, suivie de l'émission d'une urine sanglantée. Au bout de quelques jours nouvel effort, accompagné de la même douleur et suivi de l'hématurie légère, pendant quelques jours.

Examen le 5 février 1913 : le rein droit est volumineux et présente une tumeur arrondie, dure, du volume d'une mandarine occupant le pôle inférieur mobile.

Rein gauche non perçu.

Mictions : cinq à six fois le jour, jamais la nuit.

Urine : quelques rares globules blancs et rouges. Cultures stériles.

Cathétérisme du rein droit : l'urine obtenue contient de nombreux globules rouges et quelques globules blancs.

Urée : 2 gr. 70 par litre.

Cathétérisme du rein gauche : urine normale. Urée : 8 gr. 10 par litre.

Vessie normale.

Je fais le diagnostic de tumeur du rein droit, cancer probable.

Perte des forces et de l'appétit depuis deux mois; cependant l'état général est assez bon.

2 avril 1913. — Néphrectomie droite par voie lombaire, sans incident. Le rein n'est pas adhérent; pas de ganglions.

Le rein enlevé pèse 400 grammes. Extérieurement il est constitué par deux zones, l'une supérieure, donnant l'image

du rein normal; l'autre inférieure, constituée par une tumeur du volume d'un citron, régulière, arrondie, d'aspect noirâtre, comme appendue à tout le rebord du pôle inférieur. A la coupe, cette dernière zone présente des amas de caillots et de fibrine, accumulés dans une poche à paroi lisse, qui se continue en haut avec le tissu rénal du pôle inférieur, au niveau duquel le parenchyme est détruit sur 2 centimètres de haut. Pas de tissu d'apparence néoplasique. Le tissu rénal paraît sain sur tout le reste de l'étendue. Pas de communication de la poche avec les calices ou le bassinet qui sont normaux.

Bonnes suites opératoires, malgré un peu de fièvre le 25 avril; la plaie est en très bonne voie de cicatrisation.

Nota. — A l'examen histologique on ne trouve pas de tissu néoplasique ni dans le rein, ni à la limite du kyste, ni dans la paroi. On distingue dans cette paroi, dans sa partie externe, au niveau de la zone supérieure du kyste, des éléments altérés du tissu rénal: tubes presque oblitérés, glomérules dégénérés.

OBSERVATION X (résumée)

(Seitz, 1903).

Kyste du rein gauche (*Münch. méd. Woch*, I, 1903, 505).

Femme, cinquante-cinq ans. Douleurs à gauche, au-dessus de l'ombilic. Tumeur mobile du volume d'une tête d'adulte. Son pôle inférieur n'atteint pas le Douglas; urines normales.

Diagnostic. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Laparotomie. — La tumeur est rétro-péritonéale. Capsule très vasculaire (veines). Ponction: il sort quelques litres d'un liquide hémorragique limpide, riche en cholestérine. On découvre un uretère qui débouche derrière la tumeur. Celle-ci est enlevée en masse. Guérison.

La tumeur est formée par le rein gauche qui contient plusieurs kystes; les uns contiennent des calculs, les autres, une masse gélatineuse. La plupart, un liquide séro-hémorragique. La tumeur devait peser près de 10 kilogrammes.

OBSERVATION XI

(Guisy, obs. inédite. — Résumée).

Homme. Côté droit. Gros rein. Albuminurie constante; hématurie passagère. Elévation de la température. Pollakiurie diurne et nocturne. Séparation des urines; rein gauche fonctionnant bien.

Douleurs sourdes. Gros rein droit.

Incision lombaire. Néphrectomie. On trouve un kyste du rein droit, du volume d'un gros citron, à paroi bleuâtre, régulier.

L'incision donne un liquide hémorragique. Guérison.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le kyste est toujours unilatéral; sur onze cas, il siège cinq fois à gauche et six fois à droite; il a une prédilection marquée pour le pôle inférieur; il est unique, « solitaire », suivant l'expression de von Brackel.

Son volume varie entre celui d'un citron et celui d'une tête d'adulte; extérieurement, il est lisse, arrondi, de couleur bleuâtre ou violacée; à l'incision, il s'en écoule 200, 400 grammes, 2 litres et même 4 litres de liquide. Ce liquide, simplement coloré par le sang dans le cas de Récamier, est le plus souvent, franchement hématique et mélangé avec des caillots.

Le kyste est généralement uniloculaire, bien que sa cavité puisse être incomplètement divisée par des travées épaisses se dissociant en brides entre-croisées « comme les colonnes charnues du cœur ».

Dans sa forme typique, il est suspendu au rein qui se creuse en cupule pour le recevoir « à la manière d'un calice ».

S'il est de moyen volume il reste cantonné dans la région lombaire ; mais les gros kystes en franchissent les limites, font saillie dans l'abdomen ou dans le bassin, refoulent les organes, et contractent avec eux de nombreuses et fortes adhérences.

La paroi est presque aussi mince que celle d'un kyste séreux quand l'hémorragie est récente ; mais le plus souvent elle a une épaisseur notable, jusqu'à 1 centimètre et plus par endroits. Elle est vascularisée ; on voit serpenter à sa surface de grosses veines ; au microscope, on reconnaît des ébauches de capillaires et de vaisseaux. A l'intérieur, elle est tapissée de caillots noirs et mous, s'ils sont récents, blanchâtres et durs s'ils sont anciens. En dehors de cette couche irrégulière et tomenteuse, on trouve des lames fibreuses stratifiées ; la plus externe représente la paroi propre du kyste et se continue avec la capsule fibreuse du rein.

Au voisinage de la zone d'insertion du kyste, on reconnaît, dans la paroi, une couche assez épaisse de parenchyme rénal envahi par la sclérose ; cette couche s'amincit progressivement et, dans les points les plus éloignés, elle n'est plus représentée que par « quelques glomérules d'aspect homogène et quelques tubes plus ou moins oblitérés ». Le reste de l'organe est absolument sain ; nulle part, on ne découvre d'éléments néoplasiques.

Une dernière constatation s'impose : la poche kystique est close de toutes parts ; elle ne s'ouvre pas dans les voies d'excrétion, quels que puissent être ses rapports plus ou moins intimes avec le bassinet.

V

SYMPTOMES. — ÉVOLUTION CLINIQUE

Plus fréquents chez la femme que chez l'homme, les kystes hématiques se rencontrent surtout à l'âge adulte.

Quelques tiraillements, une sensation de pesanteur sont quelquefois les seuls troubles accusés par le malade; si la tumeur irrite l'estomac, elle provoque des vomissements; si elle siège au pôle supérieur elle est une cause de dyspnée; on peut constater l'affaiblissement du murmure vésiculaire à la base correspondante; par compression du gros intestin elle amène de la constipation.

L'état général peut être très altéré; le malade, pâle, ressent un grand abattement; et, fait à noter, il signale quelquefois une aggravation de tous les symptômes coïncidant avec des poussées douloureuses et un accroissement de volume de la tumeur.

Celle-ci est facilement sentie par le palper bimanuel; si elle a acquis de grandes dimensions et franchi les limites de la région lombaire, elle peut former, du côté de l'abdomen, une voussure appréciable à la vue, ou refouler les organes pelviens et être perçue dans le

bassin. De fait, les signes classiques de tumeur rénale font souvent défaut; ainsi dans l'observation I « la matité se confond en haut avec celle du foie », dans l'observation II « la tumeur siège au milieu de l'abdomen; elle est partout mate et nulle part au palper on ne sent d'anse intestinale la croisant ». La fluctuation n'est pas toujours nette.

On a relevé quelques troubles fonctionnels. Dans le cas de Guisy, il y a de la pollakiurie diurne et nocturne et de l'albuminurie; dans celui de Lejars et Sébilleau, on a trouvé des signes d'urémie et un bruit de galop; il y a de la pyurie dans celui de Picqué, des hématuries passagères dans celui de Giuliani. La pyurie peut être due à une rétention, suivie d'infection, produite par la compression de la tumeur; les hématuries, d'après Brin, sont le résultat de phénomènes congestifs. Le dosage de l'urée, pratiqué par Giuliani, a décelé une diminution notable de cette substance dans l'urine du côté malade.

Somme toute, les troubles urinaires ne sont pas constants; de plus, ils ne sont pas caractéristiques. Si l'on tient compte, d'autre part, de l'imprécision des signes physiques, on comprend très bien que le diagnostic des kystes hématiques du rein soit très difficile. C'est ainsi que la rate, le foie, le pancréas, l'utérus ou les ovaires ont été mis en cause dans nos observations.

Von Brackel a eu recours à l'insufflation du gros intestin pour préciser le diagnostic; il dut, néanmoins, faire une laparotomie exploratrice. Dans le cas de Souligoux et Gouget, même au cours de l'opération, on n'a pu reconnaître l'origine rénale de la tumeur.

VI

TRAITEMENT

Voici quelles ont été les opérations pratiquées :

Ponction : une fois, observation I.

Marsupialisation de la paroi : une fois, observation VIII.

Résection de la poche : une fois, observation V.

Néphrectomie partielle : une fois, observation VII.

Néphrectomie totale : voie abdominale, trois fois, observations II, IV, X.

Néphrectomie totale : voie lombaire, trois fois, observations VI, IX, XI.

Maisonneuve croyait à un kyste hydatique du foie quand il a, par ponction, évacué 3 litres de liquide; il a fait ensuite des injections; le liquide est devenu fétide, le malade a eu des frissons; il mourut d'infection.

Les opérations partielles ont le grand avantage de faire bénéficier l'organisme de la conservation d'une partie du rein absolument saine; malheureusement, leurs indications sont moins fréquentes que dans le cas de kyste séreux; le kyste hématique est, en général,

plus gros, adhérent aux organes ; il possède une paroi épaisse et très vascularisée, qui peut saigner abondamment ; de plus, au cours même de l'opération, il est difficile d'éliminer sûrement l'hypothèse d'un cancer du rein.

Récamier a réséqué un kyste avec succès au ras de son insertion au rein ; il s'agissait d'un kyste à parois peu épaisses, contenant seulement 200 grammes de liquide séreux, coloré par le sang. Souligoux et Gouget ont essayé de marsupialiser la paroi ; il est survenu une hémorragie mortelle. Von Brackel a, dans un cas favorable, par incision cunéiforme du rein, enlevé un gros kyste du pôle inférieur.

Le plus souvent, on a pratiqué la néphrectomie totale ; trois fois on est intervenu par voie abdominale, parce que l'on pensait à des kystes de l'ovaire ; chaque fois que l'origine rénale de la tumeur a été reconnue, on a employé la voie lombaire.

CONCLUSIONS

1° Les grands kystes hématiques simples du rein ne sont pas fréquents : beaucoup d'observations, d'après Souligoux et Gouget, auraient été mal interprétées ; elles se rapporteraient, en réalité, à des cavités cancéreuses, à des hématonéphroses ou à des formations kystiques ou pseudo-kystiques, d'origines variées, en contact immédiat avec le rein.

2° Les particularités anatomiques suivantes sont essentielles : la couche fibreuse la plus externe du kyste se continue avec la capsule propre du rein ; on retrouve dans l'épaisseur de la paroi des éléments de parenchyme rénal ; la cavité est complètement close ; en dehors de quelques lésions de sclérose au voisinage du kyste, le reste du rein est sain.

3° Les kystes hématiques dérivent des kystes séreux ; les hémorragies, qui transforment son contenu, impriment à la tumeur une évolution spéciale ; sa paroi s'épaissit, son volume augmente ; elle contracte des adhérences avec les organes voisins.

4° Au point de vue clinique, il faut noter : l'altération de l'état général, la pâleur du malade, l'augmentation de volume de la tumeur par poussées successives.

5° Comme interventions, la résection pure et simple du kyste, la marsupialisation de la paroi exposent à des hémorragies redoutables; la néphrectomie partielle a des indications moins précises que pour les kystes séreux; la néphrectomie totale a été le plus souvent pratiquée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

V. ROCHET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 13 mars 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER, *Berl. kl. Woch.*, 20 mars 1893.

BELLAMY, *British med. Journal*, 10 nov. 1888.

BEHIER, in th. de Günsbourg, Paris, 1903.

BOECKEL, *Gaz. med. de Strasbourg*, 1890-1891.

BRIN, *Association française d'Urologie*, XV^e session, 1911.

DANYAU, in Le Dentu, *Aff. chir. du rein*, 1889.

DAY, *Lancet*, 1880.

DUPLAY, in th. de Günsbourg, 1903.

ETCHEVERRY, th. Paris, 1903.

FONTAN, th. Paris, 1903,

GUYON, in th. Lamer.

GUNSBURG, th. Paris, 1903.

GIULIANI, *Journal d'Urologie*, 15 mai 1913.

KUSTER, *Nierenchirurgie*, 1896-1902.

LANCEREUX, *Dict. encycl. d. Sc. méd.*, art. REIN, 1882.

LABADIE-LAGRAVE, *Dict. Jaccoud*, art. REIN, 1882.

— *Urologie cliniq. des Mal. des reins*, 1888.

LEJAR et SÉBILEAU, *Soc. anat.*, oct. 1887.

LEOPOLD, *Arch. f. Gynæk.*, t. XX, 1882.

LE DENTU, *Aff. chir. du rein*.

MAISONNEUVE, *in* th. de Touren, Paris, 1865.

MORRIS, *Encycl. int. de Chir.*, t. VI, 1886.

PIORRY, *Explorat. des org. p. la percussion médiate*, Paris,
p. 179, 1883.

PICQUÉ, *Soc. de Chir.*, 8 juin 1898.

PERRIER, th. Paris, 1901.

RAYER, *Mal. des Reins*, t. III, Paris, 1841.

RÉCAMIER, *Ann. d. mal. d. org. gén. ur.*, 1893.

ROUTIER, *Soc. de Chirurg.*, 12 déc. 1894.

SEITZ, *Munch. med. Woch.*, 1. 505, 1903.

SOULIGOUX et GOUGET, *Arch. gén. de Méd.*, 1905.

TOUREN, th. Paris, 1863.

TERRIER, *Rev. de Chirurg.*, 1890.

TUFFIER, *Mal. des Reins*, *in* Duplay et Reclus.

VON BRACKEL, *Summlung. klin. Vorträge*, n° 250, 1899.

